

子どものための教育・保育給付認定申請書(法第19条第1項第2号・第3号)兼保育所入所(保育所等利用調整)申込書
岩沼市長 殿

次のとおり、関係書類を添えて子どものための教育・保育給付に係る認定(法第19条第1項第2号・第3号)を申請します。また、保育所入所(保育所等利用調整)に係る申込みを行います。

住所	〒 989 - △△△△ 岩沼市桜〇丁目△番××号		申請者氏名 (保護者氏名)	申請日 令和5 年 10 月 1 日 岩沼 太郎	
連絡先電話番号	父 080 - 0000 - 0000	母 090 - 0000 - 0000	自宅	0223 - 00 - 0000	
ふりがな	いわぬま けんた		児童の生年月日	児童の性別	児童の障害者手帳等
児童氏名	岩沼 健太		令和3 年 9 月 1 日	男・女	☐ 有 ☑ 無 <small>※「有」の場合は手帳名・等級等</small>
児童の個人番号					
現在の保育状況	☑ 父又は母が自宅で保育 ☐ 実家で保育 ☐ 施設利用中(施設名) ☐ その他()				
利用を希望する施設	第一希望	〇〇保育所(園)	第四希望	☐ 第七希望以下はこちらに御記入ください ※希望する施設の第七希望以下について、すべての施設を希望する場合は、「すべて希望」とご記入ください。 ※詳しくは裏面を参照ください。	
	第二希望	△△保育所(園)	第五希望		
	第三希望	××保育所(園)	第六希望		
利用を必要とする期間	令和6年 年 4 月 1 日 から ☑ 就学前まで ☐ 年 月 日まで				
利用を必要とする曜日・時間	平日	8 時 00 分から 17 時 00 分まで		利用曜日	☑ 月 ☑ 火 ☑ 水 ☑ 木 ☑ 金
	土曜	☑ 利用無 ☐ 利用有		有の場合	時 分から 時 分まで
利用施設への送迎	送迎者	☑ 父 ☑ 母 ☐ その他()		送迎方法	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☑ 自動車 ☐ その他()
兄弟姉妹で申込みされる場合	☐ 同じ施設を利用できる場合のみ利用を希望する。 ☐ 異なる施設を利用できる場合でも利用を希望する。 ☐ 一人だけ利用できる場合も利用を希望する。				

※ 保育所以外の施設を希望された場合でも、保育所等利用調整の結果、保育所に決定したときは、保育所への入所申込みがなされたものとみなします。
※ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育所部分)、小規模保育事業、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業及び事業所内保育事業をいいます。
※ 「保育所」とは、公立保育所及び私立保育園をいいます。

1 家族の状況 ※以下の欄には、認定の対象となる子どもと生計を一にしている家族全員について御記入ください。

児童との続柄	ふりがな 氏名	生年月日	保育の必要事由又は 通学通園施設名	個人番号 (父・母・祖父母分のみ記載)	障害者手帳等
父	いわぬま たろう 岩沼 太郎	平成元 年 4 月 15 日	就労 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。		☐ 有() ☑ 無
母	いわぬま はなこ 岩沼 花子	平成元 年 5 月 15 日	就労 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。		☐ 有() ☑ 無
姉	いわぬま みさき 岩沼 美咲	平成30 年 6 月 15 日	〇〇保育所		☐ 有() ☑ 無
祖父	いわぬま いちろう 岩沼 一郎	昭和35 年 7 月 15 日	就労 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。		☐ 有() ☑ 無
祖母	いわぬま まさこ 岩沼 正子	昭和30 年 8 月 15 日	疾病 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。		☑ 有(身障1級) ☐ 無
おじ	いわぬま さぶろう 岩沼 三郎	昭和62 年 9 月 15 日	就労 ※保育の必要事由は、保育所等入所のしおりの8ページをご覧ください。		☐ 有() ☑ 無

※該当する方は次に記入してください。

年1月1日現在の住所地が上記と異なる場合	〒 令和5年9月～令和6年8月入所(園)希望の方⇒令和5年1月1日時点の住所地 令和6年9月～令和7年3月入所(園)希望の方⇒令和6年1月1日時点の住所地				
父又は母がいない理由	☐ 離婚 (年 月) ☐ 死別 (年 月) ☐ 未婚 ☐ 別居 (年 月 日頃から) → (離婚調停 ☐ 有 ☐ 無)				
生活保護法の適用	保護開始 (年 月)				
単身赴任	☐ 父 ☐ 母 (住民票 : ☐ 岩沼市 ☐ 赴任先市町村(市町村名:))				

2 児童の状態

これまでにかかった又は現在にかかっている病気等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → (<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ())
発達遅滞・障害等	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疑い) <input type="checkbox"/> 経過観察中(相談している保健師: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(卵・乳)
薬のアレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

3 保育の利用を必要とする事由

		父		母			
就労	雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()		
	事業名・住所	名称: 〇〇株式会社 住所: 〇〇市×丁目△△番□□号 連絡先電話番号 0223 - 〇〇 - 〇〇〇〇		名称: 〇〇株式会社 住所: 〇〇市×丁目△△番□□号 連絡先電話番号 0223 - 〇〇 - 〇〇〇〇			
	就労日数	1月平均 21 日	就労時間	1日平均 7.75 時間	1月平均 16 日	就労時間	1日平均 6 時間
	就労形態	<input type="checkbox"/> シフト制→ 時 分～ 時 分の間 <input checked="" type="checkbox"/> 固定制→ 8 時 30 分～ 17 時 15 分 勤務		<input checked="" type="checkbox"/> シフト制→ 9 時 30 分～ 16 時 30 分 の間 <input type="checkbox"/> 固定制→ 時 分～ 時 分勤務			
	土曜勤務	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	通勤時間	片道 30 分 (通勤方法 自動車)		片道 45 分 (通勤方法 自動車)			
育児休業	年 月 日 まで取得予定 <input type="checkbox"/> 切上り予定有		令和5年 年 4 月 30 日 まで取得予定 <input type="checkbox"/> 切上り予定有				
その他	事由	<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) (手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種・級) <input type="checkbox"/> 無) ・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分) ・自宅療養 ・入院(年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護・看護(誰の:) (介護・看護が必要な病名・障害名:) (手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種・級) ・ 無) ・病院で付添看護している(1日平均 時間) ・自宅で付添看護している(1日平均 時間) ・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 (年 月 日就労予定) <input type="checkbox"/> 災害復旧(年 月 日災害発生) <input type="checkbox"/> 求職活動		<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) (手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種・級) <input type="checkbox"/> 無) ・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分) ・自宅療養 ・入院(年 月 日) <input type="checkbox"/> 介護・看護(誰の:) (介護・看護が必要な病名・障害名:) (手帳の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種・級) ・ 無) ・病院で付添看護している(1日平均 時間) ・自宅で付添看護している(1日平均 時間) ・通院・通所(月・週に 回 所要時間 分) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 (年 月 日就労予定) <input type="checkbox"/> 災害復旧(年 月 日災害発生) <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 出産(予定)日(年 月 日)			
	同居の祖父	同居の祖母					
就労	雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input checked="" type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他()			
	事業名・住所	名称: 〇〇商店 住所: 〇〇市×丁目△△番□□号 連絡先電話番号 0223 - 〇〇 - 〇〇〇〇		名称: 住所: 連絡先電話番号 - -			
その他	事由	<input type="checkbox"/> 病気(診断名:) <input type="checkbox"/> 心身障害(障害名:) <input type="checkbox"/> 看護・介護(誰の) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 病気(診断名) <input checked="" type="checkbox"/> 心身障害(障害名: 〇〇) <input type="checkbox"/> 看護・介護(誰の) <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労予定 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※記載内容に誤りや虚偽があった場合、施設を利用できない場合があります。

同意書	教育・保育給付認定の申請及び保育所入所(保育所等利用調整)申込に当たり、次の事項について同意します。
	1 岩沼市が教育・保育給付認定に必要な市区町村民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧すること、またその情報に基づき決定した利用者負担額について、保育所等に対して提示すること。
	2 申請に記入されている事項又は記載されている者について、教育・保育の運営上で必要な情報が、保育所等に提供されること。 3 保育を必要とする事由、世帯構成等に変更が生じた場合は、速やかに届け出ること。
	保護者氏名 岩沼 太郎
	※自書でない場合は、記名押印してください。

※「利用を希望する施設」欄は、通える範囲内でご記入ください。また、利用調整につきましては、ご記入いただいた施設内での調整を行います。

※「利用を必要とする期間」欄は、慣らし保育期間を含めてご記入ください。

※利用開始希望日以前の待機児童証明の発行はいたしかねますのでご了承ください。